



# Sektorowa Rada ds. Kompetencji

## Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna

**Szanowni Państwo,**

składamy na Państwa ręce kolejny newsletter, który powstaje w ramach projektu Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna. Najnowsze wydanie koncentruje się m.in. na zagadnieniach związanych z potrzebą zdefiniowania nowych zawodów w sektorze opieki zdrowotnej, a także funkcją i kompetencjami Inspektora Ochrony Danych w podmiocie leczniczym.

Więcej informacji na temat działalności Rady, a także wcześniejsze wydania newsletterów możecie Państwo znaleźć na stronie projektu: [www.rada.pracodawcyrp.pl](http://www.rada.pracodawcyrp.pl).

### **O kompetencjach w ochronie zdrowia**

#### **Asystent lekarza – projekt nowego zawodu w polskim systemie ochrony zdrowia**

Podczas posiedzenia Rady Sektorowej w Warszawie w grudniu 2018 r., prof. dr hab. n. med. Marian Zembała, Dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, wraz ze współpracownikami przedstawił prezentację dotyczącą nowej medycznej profesji – asystenta lekarza. Stanowisko to, propozycja ta, została wypracowana pod kierunkiem dr hab. Michała Zembali, kardiochirurga z Zabrze w oparciu o osobiste doświadczenie wyniesione z kilku lat pracy w ośrodku amerykańskim im. Alberta Einsteina w Nowym Jorku. W powstaniu tego dokumentu uczestniczył również doktor Karolak, kardiochirurg wykształcony w Toronto w Kanadzie i pracujący następnie w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu. W istotnym stopniu w niniejszym dokumencie zawarte są doświadczenia pochodzące od Pani Profesor Sylwii Barei, Polki, pełniącej obowiązki Dyrektora Programu Medycznego Asystenta Lekarza w Stanach Zjednoczonych, osoby bardzo kompetentnej i życzliwej, która dzieliła się swoim własnym, dużym doświadczeniem. Usankcjonowanie tego zawodu w Polsce może okazać się odpowiedzią na wyzwania takie jak chociażby rosnące zapotrzebowanie na dostęp do specjalistycznej opieki czy niedobory kadrowe, z jakimi musi się mierzyć system ochrony zdrowia. Poniższy artykuł przybliży najważniejsze informacje oraz wnioski z prezentacji prof. Zembali i współpracowników, i uzasadnia celowość powołania tego zawodu w Polsce.

#### **Asystent lekarza w USA**

Nowy zawód asystenta lekarza (assistant physician – PA) został wprowadzony w USA w 1965 r., z inicjatywy dr. Eugeniusza Steada (Duke University), jako odpowiedź na rosnący niedobór lekarzy, pielęgniarek i personelu medycznego w zakresie specjalności interwencyjnych i podstawowej opieki zdrowotnej. W bardzo krótkim czasie, to pozytywne doświadczenie wyniesione z amerykańskich szpitali zostało przyjęte w Kanadzie, Europie i na całym świecie, jako rozwiązanie wzorcowe, które łagodzi niedobory kadrowe w służbie zdrowia i pozwala na racjonalne wykorzystanie wysoko wykwalifikowanej kadry lekarzy, dlatego w całej Europie i na świecie zawód ten zaczął się bardzo dynamicznie rozwijać zarówno w wymiarze szkoleniowym, jak i organizacyjnym.

O znaczeniu tego nowego zawodu niech świadczy fakt, że w 2014 r. w USA było już ponad 94 tys. praktykujących asystentów lekarskich, a w 2018 r. ich liczba przekroczyła 100 tys. i nadal rośnie, co ma pozytywny wpływ zarówno na pacjentów, jak i system opieki zdrowotnej.

PA jest definiowany w USA jako samodzielny pracownik ochrony zdrowia, działający jednak pod bezpośrednim nadzorem lekarza prowadzącego, w zakresie tylko powierzonych obowiązków i umiejętności, upoważniony do wykonywania niektórych procedur medycznych i interwencji pod nadzorem oraz na odpowiedzialność lekarza. Do zadań PA należą współudział we ścisłej współpracy z lekarzem m.in. przedmiotowe i podmiotowe badanie chorego, diagnozowanie i leczenie oraz przepisywanie leków pacjentom, a także czynny udział przy zabiegach chirurgicznych w zakresie pierwszej lub drugiej asysty, co stanowi skuteczne uzupełnienie pracy lekarzy.

PA pracują we wszystkich rodzajach podmiotów medycznych (gabinety lekarskie, poradnie, szpitale, kliniki) w USA i Kanadzie i w różnych specjalnościach. Podkreślenia wymaga fakt, wynikający również z doświadczeń wiodących ośrodków na świecie, że wprowadzenie zawodu asystenta lekarza winno być rozpoczęte od tzw. specjalności zabiegowych, z dwóch powodów, bowiem zapotrzebowanie tamże jest największe, a doświadczenie PA najbardziej uzasadnione. Stopniowo rozszerzając z modelem obowiązującym w różnych krajach z uwagi na potrzeby i sytuacje kadrowe w szpitalach. Ze względu na ich zaawansowaną edukację w zakresie medycyny ogólnej, wzorowaną na kształceniu lekarzy, asystenci lekarzy mogą współuczestniczyć w leczeniu pacjentów, działając jednak w ścisłej współpracy z lekarzem i w ściśle wyznaczonym obszarze tej współpracy. Relacje lekarz – asystent lekarza ma fundamentalne znaczenie dla zawodu i zwiększenia jakości opieki zdrowotnej. Należy jednak podkreślić, że w takim kraju jak Polska, istnieją wciąż bariery mentalne wynikające z braku doświadczenia z funkcjonowania tego zawodu, które sprawiają, że istnieje lęk nieuzasadniony, aby nowy zawód nie stawał się konkurencyjny wobec lekarzy, wypierając ich z miejsc pracy i zagrażając bezpieczeństwu i odpowiedzialności wobec chorego. Takie mentalne ograniczenia znikają momentalnie u osób, które osobiście poznały, pracując w krajach zachodnich i USA, sposób funkcjonowania tego zawodu w codziennej praktyce. Wówczas te nieuzasadnione lęki i obawy są zastępowane przez pragmatyczne reakcje i działania, których celem jest pomoc w rozwiązaniu potężnych niedoborów kadrowych, zwłaszcza w specjalnościach zabiegowych, tak bardzo widocznych w Polsce, w chirurgii ogólnej i innych dziedzinach chirurgii.

Obowiązki i prawa PA są ściśle regulowane przez prawa stanowe, które są odrębne dla każdego stanu USA. Aby praktykować w zawodzie asystenta lekarza w USA, należy ukończyć akredytowany program PA, zdać krajowy egzamin certyfikujący i uzyskać licencję w stanie, w którym chce się pracować. Nie można ominąć żadnego z tych kroków i należy wykonać je w odpowiedniej kolejności. Szkolenie trwa średnio 26 miesięcy i podzielone jest na część przedkliniczną (10 miesięcy) i kliniczną (16 miesięcy). Liczba akredytowanych programów PA w USA wzrosła z 196 w 2015 r. do 224 w 2017 r., a ponad 90% programów oferuje tytuł magistra. Pozostała ich część daje tytuł licencjata, dyplom lub certyfikat ukończenia studiów, z których wszystkie są dopuszczalne, aby zakwalifikować się do egzaminu certyfikacyjnego, licencjonowania i ewentualnej praktyki. Począwszy od 2020 r., w USA, wszystkie programy PA będą musiały oferować tytuł magistra.

Jest udokumentowane, że dzięki wprowadzeniu zawodu asystenta lekarza w USA codziennie tysiące ludzi ma lepszy dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Asystenci odgrywają bowiem kluczową rolę w zwiększeniu dostępu do opieki pacjentów np. z terenów wiejskich, ponieważ często są oni jedynymi dostawcami usług zdrowotnych na tych obszarach. Pozwalają na lepsze wykorzystanie czasu lekarzy z korzyścią dla pacjentów i opieki zdrowotnej. W 2008 r. PA przeprowadzili prawie 300 milionów wizyt oraz przepisali około 332 miliony leków. Asystenci lekarzy pracują również w specjalnościach poza podstawową opieką, w tym specjalnościach medycznych i chirurgicznych oraz podspecjalizacjach. W 2016 r. w rankingu najlepszych miejsc pracy w służbie zdrowia realizowanym

przez U.S. News and World Report, zawód asystenta lekarza został sklasyfikowany na czwartym miejscu.

Godny podkreślenia jest fakt, że w oparciu o realnie istniejące potrzeby rynku w zakresie usług medycznych w Polsce i oceny poziomu niedoboru kadr, winno się kształtować potencjalne miejsce zatrudnienia asystentów lekarzy, rozszerzając je o obszary, w których braki kadrowe są największe, zgodnie ze sprawdzonymi za granicą wzorcami.

Profesja asystenta lekarza została wprowadzona także w innych krajach np. – w 2001 w Holandii, w 2015 r. w Niemczech, w 2017 r. w Argentynie, Brazylii i Chile, a w 2010 r. w Wielkiej Brytanii oraz w Chinach. Ten dynamiczny rozwój najlepiej świadczy o rosnącym zapotrzebowaniu na świecie na powstanie tego zawodu. I jest rozwiązaniem, po które sięgają zarządzający w tych krajach systemem ochrony zdrowia, jako rozwiązaniem trafnym, celowym i potrzebnym. Stąd tym większa potrzeba, aby ten zawód również wprowadzono jak najszybciej w Polsce w oparciu o najlepsze sprawdzone wzory i uwzględniające polskie realia.

### **Projekt nowego zawodu asystenta lekarza w Polsce**

**W 2008 WHO w swoich zaleceniach wskazało na celowość ustanowienia zawodu asystenta lekarza w krajach, w których występuje niedobór personelu medycznego na różnych stanowiskach oraz pod warunkiem uzasadnienia medycznego i ekonomicznego.**

W dniu 27 maja 2008 r. w Ministerstwie Zdrowia w Warszawie odbyło się spotkanie zainicjowane przez dr. hab. Michała Zembalę ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu oraz Klub Polskich Lekarzy Serca, wspierane przez Ewę Kopacz, która była wówczas Ministrem Zdrowia, poświęcone dyskusji na temat celowości i prawomocności ustanowienia tego zawodu w Polsce. Propozycja zyskała wsparcie i akceptację Stowarzyszenia Chirurgów Polskich, prof. Walnera z Lublina, Konsultanta Krajowego ds. Chirurgii, Polskiego Towarzystwa Chirurgów Serca i Klatki Piersiowej oraz Polskiej Izby Lekarskiej i Dentystycznej z prof. M. Hamankiewiczem na stanowisku Prezesa i środowisk reprezentantów medycyny zabiegowej z całego kraju w tym Polskiego Towarzystwa Kardio i Torakochirurgów.

W 2017 r. prof. Marian Zembala wznowił inicjatywę powołania nowego zawodu asystenta lekarza w Polsce i uzyskał wsparcie Ministra Zdrowia Łukasza Szumowskiego oraz Pani Minister Józefy Szczyrek-Żelazko oraz środowiska medycznego.

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu przeprowadziło już pilotażowy trzyletni program szkoleniowy dla nowego zawodu asystenta lekarza. Wzięli w nim udział absolwenci szkół pielęgniarstwa i szkół ratownictwa medycznego. Program obejmował szkolenie praktyczne i teoretyczne pod nadzorem lekarzy i pracowników medycznych, uzupełnione 3-miesięcznymi szkoleniami za granicą (w Niemczech, Holandii, Wielkiej Brytanii i USA) oraz szkoleniami praktycznymi w Zabrzu, prowadzonymi przez instruktorów amerykańskich PA.

W ramach prac zespołu eksperckiego powołanego w zakresie Sektorowej Rady ds. Kompetencji w opiece zdrowotnej i pomocy społecznej jesteśmy w stanie z udziałem ekspertów zdefiniować sytuację prawną, zaproponować nowoczesny model szkolenia PA, dbając poprzez praktyczne moduły szkolenia o właściwe przygotowanie do zawodu. Dzięki uprzejmości Pani Prof. Sylwii Barei, mamy program, z którego możemy skorzystać przy opracowaniu programu szkolenia teoretycznego i praktycznego. Istnieje gotowość, aby w Polsce rozpocząć program min. w trzech ośrodkach, które wydają się być najlepiej przygotowane do rozpoczęcia procesu kształcenia. W Polsce za przygotowanie teoretyczne byłyby odpowiedzialne Uniwersytety Medyczne w oparciu o przygotowany program przez ekspertów międzynarodowych i krajowych.

Ustanowienie zawodu asystenta lekarza w Polsce przyczyniłoby się do poprawy opieki medycznej na obszarach, w których specjalista lub lekarz nie jest niezbędny do świadczenia usług medycznej. Byłoby również odpowiedzią na problem niewystarczającej liczby pracowników w sektorze medycznym, a także pozwoliłoby wzmocnić opiekę medyczną i pielęgniarską poprzez delegowanie zadań na nowo utworzone specjalności.

### **Wyzwania kadrowe w ochronie zdrowia**

Niedobór kadr w sektorze medycznym w Polsce oraz potrzeba zdefiniowania nowych zawodów w tym obszarze z właściwym opisaniem kompetencji czy też konieczność odpowiedniego kształcenia to tylko niektóre z wyzwań, jakie stoją przed branżą ochrony zdrowia. Dr hab. n. med. Paweł Ptaszyński, Zastępca Dyrektora ds. Medyczno-Organizacyjnych CKD w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi podzielił się swoimi przemyśleniami, jak z perspektywy dyrektora szpitala ocenia korelację między liczbą osób pracujących w zawodach medycznych w Polsce a dzieleniem kompetencji w tym obszarze.

„Faktem jest, że obecnie funkcjonuje dość stary system podziału kompetencji w szpitalu. Ten system jest bardzo sztywny, a każda z grup zawodowych niejako utrwała swoje kompetencje, podczas gdy na świecie istnieje tendencja, aby te kompetencje otwierać i w wielu aspektach między sobą przekładać. Pamiętajmy też, że mamy szeroko rozumiany niedobór pracowników, od osób wykonujących proste czynności po kadrę zarządzającą. Uważam, że potrzebujemy nowych zawodów medycznych lub takiego ułożenia kompetencji, aby je odpowiednio poprzesuwać np. do innych zawodów. Mówiliśmy wielokrotnie chociażby o asystencie lekarza czy asystencie pielęgniarki.

Nie o to oczywiście chodzi, żeby dodawać pracownikom obowiązków, tylko aby dążyć do wymiany niektórych kompetencji lub pewne prostsze kompetencje przesunąć niżej – na przykład odciążać lekarzy wsparciem osób, które mogą za lekarza wypełnić receptę albo zwolnienie. W przypadku pielęgniarek można by oddać opiekunom część kompetencji związanych z pielęgnacją. Wówczas pielęgniarki zajmowałyby się bardziej złożonymi procesami medycznymi, natomiast opiekunki mogłyby zajmować się bieżącą opieką, tam gdzie np. nie potrzebujemy wykształcenia wyższego. Innym przykładem może być elektroradiologia – tu widzę pielęgniarkę, która jednocześnie potrafi wykonać czynności związane z wkluciem czy podaniem leku, ale także z ustawieniem aparatury radiologicznej. W tej chwili potrzebujemy do tego dwóch pracowników, a moglibyśmy jednego. Musimy też pamiętać, że w szpitalu mamy także zawody okołomedyczne, które wspierają zawody medyczne. Te zawody również należy wesprzeć – są to rejestratorki medyczne, sekretarki medyczne, koder, który koduje czy też analizuje i wysyła różnego rodzaju raporty.

To są rozwiązania funkcjonujące na świecie od dawna i musimy je także wprowadzić u nas. Niewątpliwie jednak bariera dla zmian jest bardzo często kulturowa - jesteśmy do pewnych rzeczy przyzwyczajeni. Mój szpital, który powstał z pięciu różnych szpitali, również na początku doświadczył tego rodzaju trudności. Nasi pracownicy byli przyzwyczajeni do pewnych rozwiązań, choćby właśnie dotyczących kompetencji i procedur. Jestem zwolennikiem zarządzania procesowego i akredytacyjnego, dlatego podajemy naszym pracownikom opis pewnych czynności i procedur, tak żeby mogli oni funkcjonować w zakresie tego obszaru.

Z pewnością potrzebujemy również pracowników na nowych stanowiskach, kłopot jednak w tym, że wielokrotnie nawet nie mamy tych stanowisk opisanych. Oczywiście jest pytanie, czy to dyrektor powinien mieć większą możliwość tworzenia stanowisk wspierających, w zależności od sytuacji w danym szpitalu i lokalnych uwarunkowań, czy też będziemy starali się centralnie opisywać w Polsce np. stanowisko asystenta lekarza. Istotne jest też także w jaki sposób te nowe zawody miałyby się pojawiać – nie są to bowiem zawody medyczne, więc nie muszą wchodzić ustawami, nie mają samorządu itd. Z pewnością jest potrzeba szerszej dyskusji o nowych zawodach. Wyobrażam sobie, że pewne zawody mogą zajmować dosyć szerokie stanowiska, żebyśmy znowu nie stworzyli takiego

rozwiązania, w którym mamy konkretny zawód i konkretne stanowisko i już np. osoba rejestrująca nie może być sekretarką.

Kolejna istotna kwestia to innowacje i technologie, czyli zarządzanie i wdrażanie nowych rozwiązań. Nie wystarczy, że kupimy nawet bardzo skomplikowany program np. do zarządzania lekiem, kiedy nie nauczymy pracowników obsługi systemu komputerowego dotyczącego zleceń i zarządzania logistyką leków. Czyli musimy przekonać naszych pracowników do tego aby umieli i chcieli z tego korzystać, a także zrozumieli, że to nie ma być dodatkowym obciążeniem, a pewną wartością dodaną. Oczywiście, na początku może się okazać, że to będzie zajmowało nawet więcej czasu. Podobnie, jak w przypadku e-zwolnień czy e-recept, gdzie widać opór części pracowników, bo oni woleliby to nadal robić na papierze, tak jak do tej pory.

Dzisiaj świat się zmienia niezwykle dynamicznie, a w medycynie jest ogromna potrzeba innowacji, nowych technologii i nowych leków, procedur, operacji. Ktoś się musi jednak tych nowych rzeczy nauczyć i tą wiedzę wdrożyć. A to wszystko kosztuje, i nie chodzi nawet o samą infrastrukturę, o fakt że musimy kupić komputery lub programy, ale same szkolenia i podnoszenie kwalifikacji wiążą się z wydatkami. Przy brakach pieniędzy generalnie w szpitalu, najpierw są one wydawane na świadczenia, płace, bieżące naprawy, zakupy itd. Nawet jeśli dyrekcja zdaje sobie sprawę, że kwestia podnoszenia kwalifikacji jest niezwykle ważna, to priorytety bieżące same się narzucają. Myślę, że każdy dyrektor powie, że gdyby tych środków było więcej, to moglibyśmy je również przeznaczyć na właśnie te wszystkie miękkie kompetencje, na podnoszenie kwalifikacji. Tutaj troszeczkę pracownicy pozostają sami i też w pewnym stopniu zależy to od wrażliwości i wizji poszczególnych dyrektorów, na ile sobie pozwolą na bardziej odważne i otwarte zarządzanie, również w obrębie umiejętności i kompetencji.

Kolejną kwestią jest weryfikacja kwalifikacji – musimy pamiętać, aby nowym zawodom nadać taką rangę, żeby pracownicy chcieli w nich pracować. Nie może być więc tak, że utworzymy stanowisko, a zapłacimy minimalną krajową i będzie to stanowisko nierozwojowe. Motywacja w pracy jest niezbędna, więc ścieżki kariery powinny być przejrzyste i jasne, żeby pozwalały ludziom się rozwijać.

Inny aspekt, który dostrzegam i który narasta, to cała grupa wsparcia jeśli chodzi o zarządzanie w szpitalu – i tu nie mam na myśli zarządzania strategicznego z poziomu zarządu czy dyrekcji placówki, ale zarządzania np. na poziomie oddziałów. Uważam, że musimy silnie wesprzeć chociażby pielęgniarki oddziałowe, których pozycja to już nie tylko starsza pielęgniarka na oddziale, ale to często menedżer oddziału, który zarządza np. zakupami, organizacją oddziału itd. Te osoby bardzo potrzebują nowego wykształcenia, czy też jakiegoś rodzaju wiedzy w postaci szkoleń i kursów o charakterze zarządczym. Oczywiście część naszych pielęgniarek oddziałowych kończy chociażby zarządzanie, ale być może potrzebowalibyśmy bardziej ukierunkowanego kształcenia w tym obszarze. To samo dotyczy kierowników działów w szpitalu – kierownika organizacyjnego, zajmującego się zamówieniami publicznymi, kierownika apteki – gdzie nie wystarczy sama wiedza kierunkowa z danego działu np. farmaceutyczna, ale taka osoba musi posiadać informacje i wiedzę już kierunkową z zarządzania apteką. Wiele tych funkcji było do tej pory tak trochę zdobywanych z doświadczeniem, natomiast jest to konkretna wiedza podręcznikowa, której uczą w szkołach”.

### **Inspektor Ochrony Danych w podmiocie leczniczym – komu powierzyć sprawowanie tej funkcji?**

Od maja 2018 r. wszyscy administratorzy danych osobowych, w tym podmioty lecznicze, zobowiązane są do przestrzegania przepisów Ogólnego Rozporządzenia i Ochronie Danych Osobowych (RODO). Nowa regulacja wymaga m.in. powołania inspektora ochrony danych (tzw. IOD) jeśli dany podmiot przetwarza na dużą skalę dane o stanie zdrowia. Nie budzi zatem wątpliwości, że większość podmiotów leczniczych będzie podlegała temu obowiązkowi. Katarzyna Korulczyk,

wykładowca studiów podyplomowych Ochrona danych osobowych i zarządzanie bezpieczeństwem informacji realizowanych na Uczelni Łazarskiego, podzieliła się wiedzą, komu najlepiej powierzyć sprawowanie funkcji inspektora.

IOD wewnętrzny czy outosourcing?

„Funkcja IOD może być sprawowana przez pracownika administratora lub osobę z zewnątrz, w oparciu o umowę o świadczenie usług. Na rynku istnieje obecnie sporo podmiotów oferujących usługę sprawowania funkcji IOD, począwszy od minimalnego zakresu obowiązków wynikającego z RODO (art. 39), po kompleksowe doradztwo w obszarze ochrony danych osobowych. O ile sama forma prawna współpracy z osobą sprawującą tę jakże istotną dla administratora danych funkcję nie ma większego znaczenia, o tyle przy powoływaniu IOD należy wziąć pod uwagę wiele czynników, które mogą wynikać z okoliczności wykonywania pracy w charakterze doradcy zewnętrznego czy pełnienia w organizacji administratora jeszcze innej, dodatkowej funkcji.

Kwalifikacje zawodowe – „odpowiednie” czyli jakie?

RODO kładzie wyraźny akcent na wysoki poziom profesjonalizmu inspektora, mówiąc o konieczności posiadania kwalifikacji zawodowych. Kwalifikacje te nierzadko są utożsamiane z posiadaniem certyfikatów czy potwierdzeń odbytych szkoleń. Z pewnością są to okoliczności pomagające wykazać dochoowanie należytej staranności w wyborze inspektora, jednak sam fakt odbycia szkolenia nie powinien być jedynym czynnikiem przemawiającym o jego fachowości (obecnie nie powstał jeszcze żaden oficjalny mechanizm certyfikacji inspektora ochrony danych). Ocena kwalifikacji IOD powinna opierać się przede wszystkim na jego znajomości specyfiki branży medycznej i doświadczeniu w tym obszarze. Pamiętajmy, że działalność placówek medycznych jest mocno uregulowana przez ustawodawstwo krajowe, co z kolei przekłada się nie tylko na obowiązki i uprawnienia pacjentów i podmiotu leczniczego, ale też ilość wyzwań z jakimi musi się on mierzyć. Dla każdego podmiotu leczniczego dane osobowe są przecież „sercem” jego działalności, dlatego trudno wyobrazić sobie kompetentnego IOD, któremu obce są przepisy prawa medycznego (jak np. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta czy ustawy o działalności leczniczej) oraz który nie posiada jakiegokolwiek doświadczenia w stosowaniu przepisów o ochronie danych osobowych. Z tego względu, ceni się dziś na rynku ekspertów, którzy specjalizowali się w prawie ochrony danych przed dniem wejścia w życie RODO, np. poprzez sprawowanie funkcji administratora bezpieczeństwa informacji.

Dyspozycyjność i brak konfliktu interesów

Bez względu na to, czy administrator decyduje się na powołanie inspektora w ramach swojej struktury organizacyjnej, czy zleci sprawowanie tej funkcji podmiotowi zewnętrznemu, zobowiązany jest do stworzenia inspektorowi takich warunków, aby mógł on wykonywać swoje zadania w prawidłowy sposób. W pierwszej kolejności trzeba zwrócić uwagę na brak konfliktu interesów: pracownik wewnętrzny nie może sprawować w organizacji jeszcze innej funkcji, która mogłaby godzić w obiektywny charakter działań inspektora (np. dyrektor placówki medycznej). Co więcej, również podział czasu pracy pomiędzy obowiązki IOD a inne powierzone mu funkcje powinien być tak dokonany, aby odbywało się to bez uszczerbku dla jego obowiązków jako inspektora.

W przypadku zlecenia wykonywania funkcji IOD podmiotowi zewnętrznemu, należy wskazać w umowie konkretną osobę, jaka ma zostać powołana oraz dobrą praktyką jest zbadać, w ilu jeszcze i jakich podmiotach osoba ta sprawuje funkcję inspektora. Ma to na celu nie tylko zweryfikowanie, czy będzie wystarczająco dyspozycyjny (powołanie jednego IOD dla kilkudziesięciu podmiotów co do zasady nie będzie dobrym rozwiązaniem i naraża administratora na potencjalne ryzyko kontroli w tym zakresie) ale także, czy nie będzie dochodziło do konfliktu interesów (np. doradztwo przy zawieraniu umowy powierzenia z podmiotem przetwarzającym, w którym również został powołany jako IOD).

Kreatywność i asertywność czyli tzw. kompetencje miękkie

Inspektor ochrony danych powinien być też osobą zaangażowaną i kreatywną. To od jego aktywnej postawy i pomysłu na „sprzedanie” swojej fachowej wiedzy w przystępny sposób zależy w dużej mierze poziom świadomości i dojrzałości organizacji w obszarze ochrony danych osobowych. Cenną cechą inspektora będzie także zdroworozsądkowe podejście – wydawane rekomendacje powinny zostać poprzedzone analizą skutków ich wdrożenia, zarówno dla osób, których dane dotyczą jak i dla administratora. Z drugiej strony, tam gdzie konieczne jest postawienie wyraźnej granicy, dobry IOD powinien być stanowczy i nie narażać administratora na ryzyko postępowania w sposób niezgodny z przepisami prawa”.

#### **IV Konferencja Ogólnopolskiej debaty „Wspólnie dla Zdrowia”**

##### **pt. „Kadry w ochronie zdrowia: wyzwania i rozwój”**

Minister Zdrowia Łukasz Szumowski zainicjował ogólnopolską debatę o kierunkach zmian w ochronie zdrowia pod hasłem „Wspólnie dla Zdrowia”. W ramach tej inicjatywy 17 stycznia 2019 na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie odbyła się konferencja pt. „Kadry w ochronie zdrowia: wyzwania i rozwój”. Podczas wydarzenia poruszono m.in. kwestie takie jak kształcenie przed- i podyplomowe kadr medycznych, nowe zawody w medycynie – ich rola i miejsce w systemie ochrony zdrowia czy wynagrodzenia w ochronie zdrowia. Zostało również przedstawione sprawozdanie z prac Zespołu przygotowującego projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Więcej informacji na ten temat znajduje się na stronach Ministerstwa Zdrowia:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/kadry-w-ochronie-zdrowia-wyzwania-i-rozwoj-konferencja->

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/kadry-w-centrum-uwagi-debaty-wspolnie-dla-zdrowia>

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wspolnie-dla-zdrowia-kierunki-rozwoju-zawodow-medycznych>

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/potrzebne-sa-kadry-pielegniarskie-i-stopnia>

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wspolnie-dla-zdrowia-lekarz-powinien-byc-ksztalcony-krocej-z-wiekszym-naciskiem-na-praktyke>

#### **Informacje z obszaru pomocy społecznej**

##### **VI Międzynarodowa Konferencja ESPAnet Polska 2019**

W terminie 26 - 28 września 2019 w Warszawie odbędzie się VI Międzynarodowa Konferencja ESPAnet Polska 2019 organizowana przez Wyższą Szkołę Pedagogiczną im. Janusza Korczaka w Warszawie oraz Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej. Celami konferencji ESPAnet Polska 2019 są: współpraca i zaangażowanie różnych środowisk naukowych w zakresie analizy międzynarodowej polityki społecznej, współpraca z młodymi badaczami, wymiana doświadczeń i umiejętności oraz promowanie interdyscyplinarnego podejścia do analizy polityki społecznej.

Konferencja jest kontynuacją cyklu zapoczątkowanego przez ESPAnet, który został założony w 2002 roku w Oslo. Od tego czasu każdego roku konferencje organizowane są w Norwegii, a także w innych krajach Europy. ESPAnet to europejska sieć zrzeszająca naukowców i praktyków zajmujących się analizą polityki społecznej mającą na celu ułatwienie wymiany doświadczeń i współpracy w dziedzinie polityki społecznej w całej Europie.

Tegoroczna konferencja szczególnie naciski kładzie na wdrażanie aspektów cyfryzacji i digitalizacji w polityce społecznej.

Tytuły paneli:

1. Przeobrażenia welfare states
2. Europeizacja i umiędzynarodowienie polityki społecznej

3. Rynek pracy i polityka aktywizacji
4. Ekonomia społeczna
5. Innowacje społeczne
6. Zarządzanie i koordynacja usług społecznych
7. Technologie a usługi społeczne
8. Wyzwania edukacyjne
9. Mieszkalnictwo i bezdomność
10. Ubóstwo i wykluczenie społeczne
11. Inwestycyjna polityka społeczna
12. Zdrowie, pomoc społeczna i opieka długoterminowa
13. Lokalna polityka społeczna
14. Governance, Współpraca i partnerstwa społeczne
15. Polityka rodzinna, demografia i migracje
16. Open stream

Do udziału w konferencji zaproszeni są pracownicy naukowcy, wykładowcy uczelni wyższych oraz pracownicy służb społecznych zainteresowani tematyką polityki społecznej. Spodziewany jest udział wielu przedstawicieli zagranicznych ośrodków naukowych z blisko 10 krajów.

Ważne terminy w kontekście tej konferencji to:

Rozpoczęcie przyjmowania zgłoszeń na wygłoszenie referatów: 8 marca 2019 r.

Termin składania abstraktów: do 30 kwietnia 2019 r.

Powiadomienie o akceptacji: do 15 czerwca 2019 r.

Termin uiszczenia opłaty konferencyjnej: do 20 czerwca 2019 r.

3 dniowa Konferencja kosztuje 150 euro (z publikacją) lub 120 euro (bez publikacji).

Artykuły zostaną opublikowane w języku angielskim w *Problemach Polityki Społecznej* po uprzednich recenzjach wydawniczych. Artykuły w języku polskim zamierzamy opublikować w publikacji pokonferencyjnej.

Rejestracja na konferencję: w celu zarejestrowania swojego udziału w VI Międzynarodowej Konferencji Polityki Społecznej ESPANet Polska 2019 należy kliknąć w link: <https://www.espanet.wspkorczak.eu/pl/rejestracja-2>

Miejsce konferencji: HOTEL MERCURE WARSZAWA GRAND, ul. Krucza 28, 00-522 Warszawa

Źródło: <https://www.espanet.wspkorczak.eu/pl/26-vi-mi%C4%99dzynarodowa-konferencja-espanet-polska-2019-nt-kompetencje-przysz%C5%82o%C5%9Bci-w-pracy-socjalnej>

### **Seminarium naukowe 30-lecie Okrągłego Stołu w Polsce – konsekwencje dla polityki społecznej**

W dniu 7 marca 2019 roku w Warszawie na Wydziale Nauk Społecznych Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. J. Korczaka w Warszawie odbyło się seminarium naukowe „30-lecie Okrągłego Stołu w Polsce – konsekwencje dla polityki społecznej”, które zostało zorganizowane przez Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Fundację Aleksandra Kwaśniewskiego „Amicus Europae”, Wyższą Szkołę Pedagogiczną im. J. Korczaka w Warszawie oraz Sektorową Radę ds. Kompetencji – Zdrowie i Opieka Społeczna.

Panelistów i licznie zgromadzoną publiczność powitał Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej prof. Mirosław Grewiński oraz Dyrektor Fundacji „Amicus Europae” dr Ireneusz Bil, zaś wykład otwierający wygłosił były minister w Kancelarii Prezydenta RP i uczestnik obrad Okrągłego Stołu - Henryk Wujec.



Podczas pierwszego panelu, poprowadzonego przez prof. Juliana Auleytnera, o przełomowych dla Polski obradach Okrągłego Stołu i jego konsekwencjach dla transformacji ustrojowej opowiedzieli uczestnicy tego historycznego wydarzenia sprzed 30 lat: Henryk Wujec, Stanisław Ciosek, prof. Janusz Reykowski, Jan Lityński i Jakub Wygnański.

Uczestnicy drugiego panelu: prof. Stanisława Golinowska, prof. Tadeusz Szumlisz, prof. Piotr Błądowski, prof. Jerzy Krzyszkowski, prof. Kazimierz Frieske i dr Joanna Staręga-Piasek dyskutowali o tym, co po 1989 roku udało się zrealizować w polskiej polityce społecznej, jakie działania się nie powiodły lub jakie obszary polityki społecznej zostały zaniedbane. Moderatorem tego panelu była prof. Barbara Szatur-Jaworska.

Aktualnym wyzwaniom polityki społecznej poświęcony był trzeci panel, poprowadzony przez prof. Mirosława Grewińskiego. Wśród uczestników tego panelu znaleźli się: prof. Irena Kotowska, prof. Cezary Żołądowski, dr hab. Joanna Szczepaniak-Sienniak, dr Joanna Lizut i Barbara Kucharska. Seminarium zakończyło się wystąpieniem prof. Adama Kurzynowskiego, który podsumował wydarzenie.

Wartością szczególną seminarium była obecność ponad stu przedstawicieli służb społecznych. Po Seminarium odbyło się pierwsze zebranie nowoutworzonej Sekcji Usług Społecznych i Pracy Socjalnej przy PTPS, które prowadziła wieloletnia wicedyrektor MCPS Barbara Kucharska.

Źródło: <http://ptps.org.pl/seminarium-naukowe-30-lecie-okraglego-stolu-w-polsce-konsekwencje-dla-polityki-spoecznej/>

#### **Klauzula informacyjna**

Wykonując obowiązek informacyjny zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych- RODO ( Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119) niniejszym informujemy, iż:

- 1) Administratorem Pani /Pana danych osobowych jest Uczelnia Łazarskiego z siedzibą w Warszawie, ul. Świeradowskiej 43, 02-662 Warszawa.
- 2) Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem - iod@lazarski.edu.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane w celu wysyłki Newslettera powstałego w projekcie: Sektorowa Rada ds. Kompetencji Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna sfinansowanego w ramach: Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Działanie numer 2.12 Zwiększenie wiedzy o potrzebach kwalifikacyjno-zawodowych.
- 4) Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a i lit f RODO.-
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji wyżej wymienionych celów (cofnięcia zgody lub zakończenia projektu).
- 6) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, upoważnieni pracownicy i podmioty którym Administrator powierzył lub zlecił przetwarzanie danych.
- 7) Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.
- 8) Posiada Pani/Pan prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a w przypadku udzielenia zgody posiada Pani/Pan prawo

do cofnięcia zgody w dowolnym momencie (bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem).

9) Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

10) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane.

\*\*\*

### O „Sektorowej Radzie ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna”

„Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna” tworzy przestrzeń do wymiany opinii pomiędzy trzema elementami systemu kształtowania kompetencji i potrzeb kompetencyjnych w branży opieki zdrowotnej i pomocy społecznej: pracodawcami, systemem edukacji i przedsiębiorcami działającymi w danym sektorze. Zadaniem Rady jest także identyfikacja i prognozowanie potrzeb kompetencyjnych dla obu podsektorów oraz monitoring legislacji i zmian merytorycznych dotyczących zawodów w tych obszarach. Rada ma także tworzyć rekomendacje i zalecenia dotyczące badań i rozwoju kompetencji w nowych zawodach dla obu sektorów. Więcej informacji: <http://rada.pracodawcyrp.pl/>

### Realizatorzy projektu „Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna”



Newsletter powstaje w ramach projektu: Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna, sfinansowanego w ramach: Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Działanie numer 2.12 Zwiększenie wiedzy o potrzebach kwalifikacyjno-zawodowych.

